

7. Samorukov A. E. Otdalennyye rezultaty kompleksnoy reabilitatsii bolnykh s primeneniem manualnoy terapii posle operativnogo lecheniya po povodu diskogennoy kompressionnoy sindroma poyasnichnogo otdela pozvonochnika / A. E. Samorukov, N. A. Dzhuraev, L. G. Agasarov // Manualnaya terapiya. – 2013. No 4 (52). – S. 51-58.
8. Sviridova N. K. Miofasciálny bolevoi sindrom: vozmozhnosti sovremennoy terapii / N. K. Sviridova // Liki Ukrayini. – 2014. No 9 (185). – S. 6-10
9. Harchenko Yu. A. Adekvatnaya otsenka boli – zalog eyo uspehnogo lecheniya / Yu. A. Harchenko // Universum: Meditsina i farmakologiya. 2014. No 4 (5).
10. Chou R. Pharmacological management of low back pain / R. Chou // Drugs. – 2010. – Vol. 70, Issue 4. – P. 387-402.
11. Majchrzycki M. Deep Tissue Massage and Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs for Low Back Pain: // M. Majchrzycki, P. Kocur, T. Kotwicki // - 2014. // A Prospective Randomized Trial.

Реферати

ПРИМЕНЕНИЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Мерецкий В. Н.

В статье проведена оценка эффективности парентерального применения комбинированного препарата толперизон гидрохлорида и лидокаина гидрохлорида в комплексном лечении больных с вертеброгенным болевым синдромом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Включение в комплексную терапию болевого синдрома в нижней части спины препарата толперизон гидрохлорида и лидокаина гидрохлорида сопровождается статистически достоверным снижением интенсивности болевого синдрома, ростом объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, увеличением возможностей пациентов к самообслуживанию по данным унифицированной неврологической шкалы ВАШ и опросников Мак-Гилла и Освестри.

Ключевые слова: болевой синдром в нижней части спины, миорелаксант.

USE OF MUSCLE RELAXANTS IN THE COMPLEX TREATMENT OF LOW BACK PAIN SYNDROME

Meretskiy V. M.

The aim of the study was to evaluate the efficacy of combined drugs tolperisone hydrochloride and lidocaine hydrochloride parenteral used in the treatment of patients with vertebral pain syndrome of the lumbosacral spine. After treatment severity of pain by visual analog scale and results of McGill pain questionnaire tended to decline in the control group and significantly decreased to the low level of pain in the main group of patients compared to data before treatment. In patients receiving combined treatment with tolperisone hydrochloride and lidocaine hydrochloride, was found probable decrease of violation of daily function compared with those in the control group according to the Oswestry questionnaire, indicating the increase in capacity of patients to self-service.

Key words: low back pain syndrome, muscle relaxant.

Стаття надійшла 25.05.2015 р.

Рецензент Литвиненко Н.В.

УДК [617.586-002.31:616.379-008.64]- 089-085.281.

І. І. Немченко, В. В. Диховський, М. О. Дудченко, О. П. Ковальов, О. М. Люлька, М. І. Кравців, О. О. Кизименк, Л. Б. Немченко, І. І. Кравченко
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЭФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ВОКАДІН» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНО – ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Проведено обстеження 58 хворих з гнійно – запальними процесами м'яких тканин стопи які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні №1 2-ї МКЛ м. Полтави, в комплексному лікуванні яких місцево застосовували антисептичний препарат «Вокадін». Досліджувались показники клінічного перебігу ранового процесу та мікробіологічного забруднення ран. За результатами клініко – лабораторних досліджень встановлено, що місцеве застосування препарату «Вокадін» під час комплексного лікування гнійно – запальних процесів м'яких тканин стопи у хворих на цукровий діабет дає можливість скоротити термін антибактеріальної терапії та прискорює загоєння ран, що позитивно позначається як на клінічному так і на фармакоекономічному ефекті лікування.

Ключові слова: рановий процес, цукровий діабет, хірургічна інфекція.

Цукровий діабет (ЦД) набуває масштабів епідемії серед усіх неінфекційних захворювань. Ним хворіє 4-5% населення планети. Нажаль кількість хворих на цукровий діабет збільшується з кожним роком, а тривалість їх життя скорочується. Підступність захворювання визначається ускладненнями, що загрожують хворим усе життя і призводять до вкрай небажаних наслідків. До пізніх ускладнень цукрового діабету відноситься синдром діабетичної стопи, який зустрічається у 30 -80% хворих, і на долю яких припадає близько 70% усіх нетравматичних ампутацій нижніх кінцівок [6, 7, 8], а післяопераційна летальність після ампутацій у даної категорії хворих коливається в межах від 2 до 57% [3, 6, 16]. Лікування хворих з синдромом діабетичної стопи є важливою медичною і соціально значимою проблемою яка далека від вирішення.

У літературі синдром діабетичної стопи (СДС)- визначається як патологічний стан хворого на цукровий діабет який виникає на фоні ураження периферичних нервів, артерій, шкіри, м'яких тканин, кісток та суглобів і проявляється гострими і хронічними виразками, кістково-

суглобовими ураженнями, розвитком гнійно – некротичних процесів. Патогенез розвитку діабетичної стопи (ДС) складний: в його основі лежить ангіопатія та полінейропатія на фоні яких можуть розвиватися різні гнійно-некротичні процеси. Схильність хворих на ЦД до інфекції обумовлена зниженням здатності поліморфоядерних лейкоцитів до хемотаксису, внутрішньоклітинному знищенні мікроорганізмів, порушенням клітинно-опосередкованого імунітету [2, 5, 10].

При ЦД розвивається вторинна дисфункція органів та систем яка підтверджується наявністю нейрон та ангіопатії [9, 15]. Отже СДС є одним із грізних ускладнень ЦД який виникає внаслідок діабетичної ангіопатії, нейропатії, остеоартропатії і гнійно – некротичного ураження м'яких тканин стопи. Складний комплекс анатомо – функціональних змін призводить до розвитку різних варіантів гнійних уражень нижніх кінцівок, які в більшості випадків закінчуються виконанням радикальних оперативних втручань і на превеликий жаль збільшення числа радикальних оперативних втручань, а саме ампутацій кінцівок спостерігається саме у осіб молодого віку які страждають на ЦД. Тому, для покращення результатів хірургічного лікування необхідно ефективно стимулювати регенерацію тканин кінцівки та їх антибактеріальну резистентність [14]. Однак виконання адекватної антибактеріальної терапії на фоні декомпенсованого ЦД є однією із найбільш складних задач.

Враховуючи розвиток полі органної недостатності у хворих з цукровим діабетом на фоні гнійно-некротичного процесу, дуже складно визначити необхідну добову дозу, режим та шлях введення антибактеріального препарату, який здатний би діяти як на аеробну так і на анаеробну мікрофлору [11, 17]. Завжди необхідно враховувати те що при тяжкому гнійному процесі на стопі в умовах діабетичної ангіопатії далеко не всі антибактеріальні препарати надходять до гнійного осередку. Слід також враховувати і той фактор, що довготривала системна а також місцева антибактеріальна терапія в умовах порушеного гомеостазу, мікроангіопатії, полінейропатії, змін імунологічної реактивності організму а також анатомічного дефекту тканин нерідко призводить до росту грибів [5]. Тому, сучасна концепція комплексного лікування хворих з СДС побудована на диференційованому підході до виконання лікувальних заходів з урахуванням тяжкості захворювання. Необхідно більше уваги приділити медикаментозним препаратам які використовуються для місцевого лікування гнійного осередку у даних хворих. Вони повинні володіти високою активністю не тільки по відношенню до головних збудників хірургічної інфекції, але в той же час і вираженою антибактеріальною дією.

Адекватне консервативне і хірургічне лікування дає змогу локалізувати гнійний процес тим самим уникнути високої ампутації нижніх кінцівок майже у 37% хворих з СДС [4]. Це стало можливо тільки при використанні сучасних препаратів для місцевого лікування гнійних процесів у хворих з СДС при цьому обов'язково враховуючи видовий склад мікроорганізмів які знаходяться в гнійному осередку а також фази раньового процесу.

В умовах великої кількості антисептичних препаратів вибір найкращого часто є складною задачею. Він повинен проводитися з урахуванням спектру дії, ступеня вибіркової антимікробного ефекту, даних фармакокінетики, частоти розвитку і характеру побічної дії. Основною метою місцевого застосування антисептика є значне зниження кількості збудників у інфекційному осередку, які були б уже не здатні підтримувати запальний процес у зв'язку з незначною інфікуючою концентрацією та слабкою вірулентністю. Крім того, слід враховувати і той факт що інфекція м'яких тканин завжди має полі мікробну етіологію яка включає асоціації грампозитивних, грамнегативних аеробів і анаеробів [1, 12, 13].

Не дивлячись на досить довготривалий час використання сполук йоду з полівінілпіролідом, проблемні збудники хірургічної інфекції не набули до них стійкості. Тому, з урахуванням діабетичної ангіо і нейропатії високу клінічну значимість набули йодофори як препарати вибору при виявленні грам негативної, або грам позитивної мікрофлори в асоціації з грибами [2].

Метою роботи було клініко – лабораторне вивчення ефективності антисептичного препарату із групи йодофорів – мазі “Вокадін” при лікуванні хворих з гнійно – запальними процесами м'яких тканин стопи у хворих на цукровий діабет.

Матеріал та методи дослідження. В основу роботи покладено результати лікування 58 хворих (жінок -36; чоловіків- 22) з синдромом діабетичної стопи, які знаходились на лікуванні у відділенні гнійної хірургії 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави.

Усі хворі надійшли в хірургічне відділення після неефективності амбулаторного лікування з клінічною картиною некомпенсованого ЦД, і тяжкою інтоксикацією викликаного прогресуванням гнійного процесу на стопі. У всіх пацієнтів характерним було: біль у литкових м'язах, судоми, зниження чутливості шкіри у ділянках стоп, помірний набряк та виражена гіперемія шкірних покривів, гнійний процес при цьому не мав чітких анатомічних меж і мав тенденцію до швидкого розповсюдження в проксимальному напрямку.

Початку лікування у всіх випадках передувало ретельне клініко – лабораторне обстеження хворих. Крім загально – клінічних аналізів проводили бактеріологічне дослідження (кількісне і якісне) з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів, цитологічне дослідження.

Лікування даної категорії хворих проводилось комплексно. Усі госпіталізовані хворі в екстреному порядку під адекватним знеболенням були прооперовані. Після оперативного втручання, яке зводилось до розкриття гнійного осередку, максимальному видаленню некротизованих тканин, розкриття карманів та заплівів проводилось лікування ран під пов'язкою. Оперативні втручання закінчували промиванням осередку 3% розчином перекису водню, після чого рану ретельно дренивали марлевими турундами просоченими 10% маззю “Вокадін”. Застосування в комплексному лікуванні мазі “Вокадін” було обумовлене перш за все довготривалою та високою осмотичною активністю мазі, що забезпечує гарну санацію рани від гнійного вмісту протягом доби, а також широким спектром антибактеріальної дії, як на основні збудники хірургічної інфекції так і на гриби [15]. Пов'язку міняли 2 рази на добу протягом 5–7 днів. Після появи грануляційної тканини застосовували м'язі з незначною осмотичною активністю. Два рази на тиждень проводився бактеріологічний контроль за кількістю мікроорганізмів у 1 грамі тканини.

Консервативна терапія включала в себе компенсацію ЦД, антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості мікрофлори, а також ліквідацію явищ критичної ішемії ступні.

Системну антибактеріальну терапію призначали усім хворим починаючи з дня надходження хворого в стаціонар і протягом наступних 7-10 днів з метою ліквідації гострого гнійно-некротичного процесу та попередження генералізації інфекційного процесу в післяопераційному періоді. Препарати вводили внутрішньовенно з урахуванням даних бактеріологічного видового складу мікроорганізмів в рані. При полімікробному характері мікрофлори з перевагою анаеробів призначали меропенем, цефосульбін, сульцеф, або кліндаміцин з ципрофлоксацином, при виявленні грибів призначали – флуконазол.

Результати дослідження та їх обговорення. В умовах радикальної хірургічної обробки гнійного осередку, компенсації ЦД симптоматичної терапії супутніх захворювань, усунення явищ критичної ішемії ступні, системної антибактеріальної терапії, місцевого застосування мазі “Вокадін” у більшості хворих в короткий термін відмічали значне покращення загального стану, температура тіла нормалізувалась, зникали ознаки загальної інтоксикації

За результатами проведеного бактеріологічного дослідження нами встановлено, що вірулентність забруднення ран у хворих з СДС складала 106 – 109 мікроорганізмів в 1 грамі тканини. При значних гнійно-некротичних ураженнях м'яких тканин стопи в більшості випадків нами відмічена асоціація аеробної і анаеробної мікрофлори, а в деяких випадках виявляли від 3 до 6 видів аеробних, факультативно-анаеробних і облігатно-анаеробних неспороутворюючих бактерій. Виявлено, що серед аеробних бактерій найбільш часто висівали *St.aureus*, виділено в 55,6%. Грамнегативна флора була представлена бактеріями роду *Proteus* 7,4%, *Klebsiella* 5,8%, *Pseudomonas spp* 9,1%, *E.coli* 6,8%. Також при бактеріологічному дослідженні ран, які виникли внаслідок гнійно-некротичного запалення, було встановлено вегетацію декількох мікробів

Таким чином більшість тяжких інфекційних процесів м'яких тканин стопи у хворих з СДС за своїми клінічними проявами носять полімікробний характер, а висока мікробна забрудненість тканин гнійного осередку, яка перевищувала 105 бактерій в 1г тканини, завжди корельована з вираженістю запального процесу оточуючих тканин та запальною реакцією організму.

При використанні в місцевому лікуванні ран під пов'язкою мазі “Вокадін” спостерігали чіткий регрес запального процесу на що вказувало зменшення гіперемії шкіри, перифокального набряку та запальної інфільтрації тканин стопи протягом 5-7 діб, зменшення кількості гнійного виділяемого, зникнення або зменшення інтенсивності больових відчуттів в стопі. А вже на 10-14 добу від початку лікування відмічали зменшення нашарування фібрину, на дні рани з'явилися яскраво-рожеві грануляції, також відмічено появу краєвої епітелізації що свідчить про перехід раньового процесу з гнійно - некротичної фази в другу – грануляційну. Це також було підтверджено результатами цитограм раньових відбитків. За їх даними запальний тип переходив з

дегенеративно-запального в запально-регенеративний або регенеративний, про що свідчать збільшення в мазках-відбитках лімфоцитів, макрофагів та поява фібробластів.

Про широкий спектр дії препарату «Вокадін» на патогенну мікрофлору свідчило і те що в більшості хворих виділення із ран стало серозним і прозорим вже на 6 – 8 добу від початку лікування, що також підтверджено результати мікробіологічних досліджень. Так за результатами бактеріологічного дослідження кількість аеробних мікроорганізмів після використання даного препарату в 1г тканини рани зменшилось з 5×10^8 до $10^2 - 10^3$, мікробних тіл, тобто нижче критичного рівня, або ріст колоній мікроорганізмів був зовсім відсутній. Практично у всіх хворих відбулася елімінація анаеробних мікроорганізмів. Врахування клінічних проявів та результатів бактеріологічних і цитологічних досліджень дало нам змогу припинити антибактеріальну терапію вже на 8 – 10 добу (виключивши випадки поширених гнійних процесів), що позитивно позначилось на клінічному ефекті лікування.

Заключення

Сучасна стратегія комплексного лікування хворих з гнійно-некротичними формами діабетичної стопи базується на адекватному хірургічному втручанні на гнійному осередку, яке обов'язково повинно бути доповнено системною, а також і місцевою антибактеріальною терапією. Тому, використання в комплексному лікуванні хворих з гнійно-некротичними формами діабетичної стопи мазі «Вокадін», яка має високу бактеріологічну ефективність що підтверджено результатами бактеріологічного та цитологічного контролю, дає можливість скоротити терміни системної антибактеріальної терапії до 10 – 15 діб, тим самим значно зменшити витрати на закупівлю дорогих антибіотиків, уникнути формування резистентності до використовуваних антибактеріальних препаратів, сприяє більш швидкому очищенню та загоєнню ран за рахунок скорочення терміну переходу 1 фази ранового процесу в 2-гу і тим самим скорочує термін перебування хворих в стаціонарі, дає змогу уникнути високих ампутацій і зберегти опороздатну кінцівку.

Список літератури

1. Belozer A. A. Infektsionnyy kontrol za vnutribolnichnyimi infektsiyami v statsionare skoroy meditsinskoj pomoschi / A. A. Belozer, O. A. Smirnov, V. A. Petkova // - SPb., - 2003, S.75-77.
2. Blatun L. A. Sovremennyye yodofory – effektivnye preparaty dlya profilaktiki i lecheniya infektsionnykh oslozhneniy / L.A. Blatun // Rani i ranevaya infektsiya. T – 7. No 1. - 2005.
3. Boyko V. V. Kompleksnoe lechenie sindroma diabeticheskoy stopy / V.V. Boyko, R. Sh. Ibragimov // Harkivska hirurgichna shkola. – 2009. - No 3. – S. 90-93.
4. Volenko A. V. Mestnaya profilaktika nagnoeniy operatsionnykh ran / A. V. Volenko, S. V. Kuprikov, E. V. Kolomiets // - Materialov V Rossiyskogo nauchnogo foruma «Hirurgiya» - 2004, S. 34 – 35.
5. Galinskiy Yu. Ya. Mikrobiologichna harakte ristika gnynoy rani / Yu. Ya. Galinskiy, V. F. Marchenko, P. S. Rusak // Hirurgiya dityachogo viku.- 2004.-T.1, No 3(4).-S.75 – 79.
6. Gandzyuk M. I. Dosvid likuvannya sindromu diabetichnoyi stopi / M. I. Gandzyuk, V. V. Dundich, L. V. Bazhan // Klinichna hirurgiya. – 2006. – No 11-12. – S. 77-78.
7. Galushko O. A. Sindrom diabetichnoyi stopi: suchasni metodi diagnostiki ta likuvannya / O. A. Galushko // - Ostrie i neotlozhnye sostoyaniya v praktike vracha. – 2010.- No 1.- S. 34 – 40.
8. Dedov I. I. Diabeticheskaya stopa / I. I. Dedov, O. V. Udovichenko, G. R. Galstyan // – M: Prakt.Med. - 2005.- 197 s.
9. Efimenko A. S. Sindrom diabeticheskoy stopy / A. S. Efimenko S. V. Bolgarskaya, E. V. Taran // Simeyna meditsina. – 2008. - No 1. – S. 45-55.
10. Zaytsev A. A. Novyye vozmozhnosti antibakterialnoy terapii infektsiy v hirurgicheskoy praktike / A. A. Zaytsev, O.I. Karpov, A. Yu. Strekachev // Antibiotiki i himioterapiya. – 2003.-No 5.-S.48 –50.
11. Kirichek L. T. Antibiotiki v sovremennoy himioterapii / L. T. Kirichek // Mezhdunar.Med.zhurnal. –2003.-T.9, No 1.- S. 104-108.
12. Lode H. Kateter - assotsirovannyye infektsii v OIT / H. Lode // Materialy Mezhdunarodnoy konferentsii «Nozokomialnyye infektsii v otdeleniyah intensivnoy terapii» - 1998, S. 15 -16.
13. Lyapis M. O. Sindrom stopi diabetika / M. O. Lyapis, P. O. Gerasimchuk // - Ternopil: Ukrmedkniga, – 2001. –276 s.
14. Strachunskiy L. S. Antibakterialnaya terapiya / L. S. Strachunskiy, Yu. B. Belousov, S.N. Kozlov // Prakticheskoe rukovodstvo.- M., - 2000.
15. Svetuhin A. M. Gnoyno – nekroticheskie formy sindroma diabeticheskoy stopy / A. M. Svetuhin, A. B. Zemlyanoy // Consilium medicum. – 2002. – Tom.04 – No 10.1. S. 537 – 544.
16. Chernov V. N. Pokazaniya k amputatsii nizhney konechnosti i opredelenie ee urovnya pri “diabeticheskoy stope” / V. N. Chernov, A.B. Anisimov, S.A. Gusarev // Hirurgiya. – 2009. – No 7. – S. 38-42.
17. Yakovleva V. P. Ratsionalnaya antimikrobnaya farmakoterapiya: Rukovodstv dlya praktikuyuschih vrachey / V. P. Yakovleva, S. V. Yakovleva // – M., - 2003.
18. International Consensus on the Diabetic Foot and Practical Guidelines on the Management and the Prevention of the Diabetic Foot // . International Working Group on the Diabetic Foot. – 2007.

Реферати

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА "ВОКАДИН" В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Немченко И. И., Ляховский В. В., Дудченко Н. А., Ковалев А. П., Люлька А. М., Кравцов М. И., Кизименко А. А., Немченко Л. Б., Кравченко И. И.

Проведено обследование 58 больных с гнойно – воспалительными процессами мягких тканей стопы которые находились на лечении в хирургическом отделении №1 2 ГКБ г.Полтавы, в комплексном лечении которых местно применяли антисептический препарат "Вокадин". Исследовались показатели клинического течения раневого процесса и микробиологического обсеменения ран. По результатам клинко – лабораторных исследований установлено, что местное применение препарата "Вокадин" в комплексном лечении гнойно – воспалительных процессов мягких тканей стопы у больных сахарным диабетом дает возможность сократить срок антибактериальной терапии и ускоряет заживление ран, что положительно сказывается как на клиническом, так и на фармакоэкономическом эффекте лечения.

Ключевые слова: раневой процесс, сахарный диабет, хирургическая инфекция.

Стаття надійшла 18.05.2015 р.

THE EFFECT OF "VOKADIN" MEDICATION IN COMPLEX TREATMENT OF PURULENT - INFLAMMATORY PROCESSES IN PATIENTS WITH THE DIABETIC FOOT SYNDROME

Nemchenko I. I., Vladimir Lyakhov, Dudchenko N. A., Kovalev A. P., Cradle A.M., Kravtsov M. I., Kizimenko A. A., Nemchenko L. B., Kravchenko I.

A survey of 58 patients with purulent - inflammatory soft tissue foot who were treated at the surgical department №1 2nd MCL m. Poltava, in which the treatment of locally applied antiseptic preparation "Vokadin." Investigated indicators of clinical course of wound healing and microbiological contamination of wounds. Results of clinical - laboratory studies found that topical application of the drug "Vokadin" in the complex treatment of purulent - inflammation of the soft tissue in the feet of diabetic patients makes it possible to shorten antibiotic therapy and speeds healing that positively affects both clinical and the effect of pharmacoeconomic treatment.

Key words: wound process, iodoform, surgical infection.

Рецензент Ляховський В.І.

УДК 616.831 – 005: 612.6.05

О. С. Паленка, Н. В. Литвиненко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ЗВ'ЯЗОК ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ Q223R ГЕНУ РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНУ ІЗ ЛІПІДНИМ ПРОФІЛЕМ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Проведено комплексне клініко-діагностичне дослідження та аналіз поліморфізму Q223R гену рецептора лептину в загальній когорті хворих (80 чоловік) на дисциркуляторну енцефалопатію. В роботі застосовані аналіз демографічних показників, даних антропометричного дослідження, аналіз біохімічних та генетичних досліджень. У пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією встановлено наявність 3 різних варіантів генотипу: гомозиготний QQ – («дикий», природний варіант - 14 осіб, 17,5 - %), гетерозиготний QR (50 осіб – 62,5 %), гомозиготний з поліморфізмом RR (16 осіб - 20 %). Пацієнти з генотипом QQ склали першу групу, з генотипом QR – другу, з генотипом RR – третю групу. Популяційна структура обстежених пацієнтів відхиляється в бік гетерозигот QR. В усіх групах переважали пацієнти жіночої статі, особливо в групі з генотипом RR. В групі з генотипом RR встановлено вірогідно більшу тривалість дисциркуляторної енцефалопатії, що свідчило про початок захворювання в більш молодому віці. Вага тіла та ІМТ вірогідно переважали в групі із гомозиготним генотипом QQ порівняно з гетерозиготним генотипом QR. При цьому гомозиготний RR генотип був асоційований з більш високою концентрацією тригліцеридів порівняно з групами з генотипами QQ, QR.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, поліморфізм Q223R гену рецептора лептину, ліпідний профіль.

Робота є фрагментом НДР «Оптимізація та патогенетичне обґрунтування методів діагностики і лікування судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи з урахуванням клініко-гемодинамічних, гормональних, метаболічних, генетичних та імунзапальних чинників» (№ державної реєстрації – 0111U006303).

Серед факторів ризику судинної патології, що потенційно модифікуються, одне з провідних місць займають надлишкова маса тіла та ожиріння [3]. Проведені епідеміологічні дослідження переконливо довели наявність зв'язку між надмірною масою тіла, ожирінням та розвитком серцево-судинних захворювань [13]. Проблеми з вагою тіла мають більше половини дорослого населення України, при цьому поширеність ожиріння серед жінок у 1,7 раза вища, ніж у чоловіків [2]. Абдомінальне ожиріння формується під впливом параметрів, які не коригуються (спадкова схильність, велика маса тіла при народженні, стать, вік), а також в значній мірі потенційно визначається модифікуючими факторами, до яких відносяться порушення харчової поведінки, низька фізична активність і недостатньо високий рівень освіти. Найчастіше ожиріння асоціюється з артеріальною гіпертензією та дисліпідемією.

В теперішній час все більше уваги приділяється вивченню молекулярно-генетичних основ розвитку ожиріння, ведеться пошук генів схильності, досліджуються асоціації поліморфізмів цих